

ANAMNESEBOGEN

Dr. med. Aso Khaffaf

PRAXIS FÜR UROLOGIE

Berenbosteler Str. 76 B

30823 Garbsen

Telefon: 0 51 37 - 750 55

Telefax: 0 51 37 - 109 01

info@urologieingarbsen.de

www@urologieingarbsen.de

Name, Vorname

Telefon

Mobil

Geburtsdatum

E-Mail

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bestmöglich beraten zu können, benötigen wir von Ihnen einen Überblick über Vor- oder bestehende Erkrankungen, aus Ihrem Umfeld sowie Kontaktdaten. Dazu bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie im Intervall abermals bitten werden, die Fragen zu beantworten, da sich in den Jahren durchaus etwas ändern kann.

Größe: Gewicht:

erlernter Beruf: ausübender Beruf:

Hausarzt:

JA NEIN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden (auch nicht urologische)? Wenn ja, welche und wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Ihnen Krebs in der Familie ? Wenn ja, welchen und bei wem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krebserkrankung in Ihrer Vorgeschichte? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfolgte bei Ihnen eine Strahlentherapie ? Wenn ja, auf welches Organ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon mal in urologischer Behandlung ? Wenn ja, weswegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Metalle im Körper? Wenn ja, wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher ? <input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Nein, nicht mehr seit		
<input type="checkbox"/> Ja, ca. Zig./Tag seit		

→ Bitte wenden

ANAMNESEBOGEN

Haben oder hatten Sie in der Vergangenheit eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Schilddrüsenfunktionsstörung Wenn ja, <input type="checkbox"/> Hyperthyreose (Überfunktion) oder <input type="checkbox"/> Hypothyreose (Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Bluthochdruck (Hypertonus)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Thrombosen oder Embolien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Chronische Darmerkrankung wenn ja, <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> M. Crohn	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Rücken- oder Bandscheibenerkrankung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Neurologische Erkrankungen wenn ja, <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Apoplex, wann zuletzt: <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung, ab Höhe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Augenerkrankungen wenn ja, <input type="checkbox"/> grüne Star (Glaukom) oder <input type="checkbox"/> graue Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Herzbeschwerden/Herzinfarkt wenn ja, <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> ACVB (Bypass-OP) <input type="checkbox"/> Herzinfarkt jünger als ein Jahr her	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Leberfunktionsstörung (Leberinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
erhöhte Harnsäure/Gicht (Hyperurikämie)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lungenerkrankung wenn ja, <input type="checkbox"/> Z. n. Pneumonie <input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient